



Ärztliches Zeugnis: Fahreignung Alkohol, Drogen und Medikamente¹

Name:

geb:

1. Anamnestische Angaben mit besonderer Berücksichtigung der Missbrauchs- / Suchtanamnese. Seit wann und wie häufig finden Konsultationen statt? Besteht eine Substitutionstherapie und / oder eine psychotherapeutische Behandlung? Bisheriger Verlauf?

2. Können Sie die Einhaltung einer Abstinenz bestätigen? Wenn ja, seit wann? Allfällige Rückfälle?

3. Bestehen weitere somatische oder psychische Erkrankungen. Besteht eine Suchtgefährdung durch andere Substanzen? Welche Medikamente wurden verordnet?

4. Arbeitssituation? Soziale Situation? Prognose?

5. Ist eine (erneute) Abklärung der Fahreignung an unserem Institut angezeigt? Ja Nein

¹ Falls schon eine Begutachtung durchgeführt wurde, ist Ihr Patient im Besitze einer Kopie des Gutachtens

6. Laborbefunde?

a) Alkoholrelevante Parameter:

Datum	CDT Normwert: <input type="text"/>	Gamma-GT Normwert: <input type="text"/>	GOT Normwert: <input type="text"/>	GPT Normwert: <input type="text"/>	MCV Normwert: <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

b) Urinscreening: Bitte genaue Angaben der Daten und Befunde (pos. / neg.)²

Datum	Opiate	Cocain	Benzo- diazepine	Methadon	Amphetamine	Cannabis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Bemerkungen:

Datum:

Stempel/Unterschrift:

- Wir bitten Sie, das Zeugnis an das zuständige Strassenverkehrsamt des Wohnkantons zu senden:
Kanton Zürich: Strassenverkehrsamt Zürich, Administrativmassnahmen, Ärztliche Untersuchungen, Lessingstr. 33, 8090 Zürich
- Wir bitten Sie, das Zeugnis an das **Institut für Rechtsmedizin** zu senden (Adresse, Fax, E-Mail; siehe Briefkopf)

² Anhand des Gutachtens resp. der Verfügung des Strassenverkehrsamtes ist ersichtlich, welche Substanz(en) untersucht werden muss/müssen.